

**КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ
ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО
ИНСУЛЬТА***Ширко О.В., Дятлова А.М.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Значимое место в ангионеврологии занимают исследования, направленные на изучение гетерогенности ишемического инсульта (ИИ). В настоящее время в клинической практике наиболее широко используются классификация патогенетических подтипов ИИ TOAST [1] и классификация НИИ неврологии РАМН [2]. В них сходно описываются критерии наиболее частых патогенетических вариантов ИИ – атеротромбоэмболического, кардиоэмболического, лакунарного. Однако имеются и некоторые различия, например, в классификации TOAST отсутствуют такие подтипы, как гемодинамический инсульт и инсульт по типу гемореологической микроокклюзии. Несмотря на то, что в настоящее время имеется немало публикаций о влиянии патогенетических механизмов на формирование клинической картины ИИ [1,2,3], эти литературные данные несколько неоднозначны и противоречивы.

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей клинических проявлений, нейропсихологического статуса и нейровизуализационных характеристик основных патогенетических подтипов ишемического инсульта.

Материал и методы. Было обследовано 34 пациента с ИИ в вертебрально-базилярном и каротидном бассейнах 46-75 лет (16 мужчин и 18 женщин), находившийся на стационарном лечении в неврологическом отделении Витебской областной клинической больницы. Уточнение патогенетических механизмов ИИ осуществлялось на основании комплексного клиничко-неврологического, нейропсихологического, лабораторного и инструментального обследования пациентов [2,3]. Для оценки неврологического статуса применяли шкалу NIHSS и индекс Бартела. Нейропсихологический статус оценивали с помощью экспериментально-психологических тестов, направленных на изучение интеллектуально-мнестических (шкала МоСа) и эмоционально-поведенческих нарушений (шкала депрессии Монтгомери-Асберг). Всем пациентам было проведено нейровизуализационное исследование головного мозга (КТ и/или МРТ), 63,4% - ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование магистральных артерий головы.

Результаты и обсуждение. Исходя из критериев, определяющих патогенетический подтип ИИ [1,2], все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу были включены 16 человек, у 6 из них было обнаружено гемодинамически значимое поражение сосудов (сужение более чем на 50 % по диаметру) атеросклеротической этиологии. 2-ю группу составили 7 пациентов с лакунарным инфарктом. Кардиоэмболический подтип ИИ был определен у 8 человек с мерцательной аритмией (3-я группа). У 3 пациентов нам не удалось выявить ведущий патогенетический механизм заболевания (4-я группа).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с атеротромбоэмболическим подтипом ИИ (1-я группа) характерной чертой клинической картины заболевания являлась наибольшая частота перенесенных ранее ОНМК или ТИА (31,3%), что подтверждалось высокой частотой определения очагов ранее перенесенных инфарктов мозга при нейровизуализации. Кроме того, у пациентов данной группы было выявлено наибольшее интеллектуально-мнестическое снижение по шкале МоСа.

Отличительной чертой ИИ у пациентов на фоне кардиоэмболии является наибольшая тяжесть заболевания, Средняя продолжительность пребывания в стационаре

пациентов данной группы оказалась также наибольшей (при сравнении со 2-ой группой различия были достоверны). В этой группе несколько чаще наблюдались парезы, бульбарные и глазодвигательные нарушения, к тому же все неврологические нарушения были более выраженными, что подтверждается данными исследования неврологического статуса по шкале NIHSS (различия достоверны со второй группой пациентов). Кроме того, у большинства (68,8%) пациентов данной группы были обнаружены явления церебральной микроангиопатии при нейровизуализации, а у 25 % – очаги ранее перенесенных инфарктов мозга, однако в отличие от 1-ой группы они определялись в различных бассейнах кровообращения.

У пациентов с ИИ на фоне изолированной артериальной гипертензии (2-я группа) наблюдалась наименьшая продолжительность стационарного периода лечения. Кроме того, отмечались характерные для лакунарного инсульта неврологические синдромы (монопарез, чисто чувствительный лакунарный синдром, атактический гемипарез). Неврологический дефицит был полностью обратимым у 34,6% пациентов. Патогенез ишемии у пациентов с ИИ на фоне артериальной гипертензии, по мнению большинства авторов, обусловлен преимущественным поражением мелких интракраниальных сосудов по типу гиалиноза [3].

У всех пациентов с неуточненным патогенезом заболевания (4-я группа) были обнаружены явления церебральной микроангиопатии при нейровизуализации. Верификация данного подтипа инсульта требовала более полного и тщательного обследования пациента для исключения других патогенетических механизмов.

Таким образом, ИИ имеют определенные клинико-психологические и нейровизуализационные особенности, зависящие от патогенетического подтипа заболевания. Поэтому наиболее раннее выявление ведущего механизма ишемии головного мозга позволяет своевременно начать терапию и определить комплекс мероприятий по вторичной профилактике инсульта.

Литература:

1. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial / H.P. Adams [et al.] // *Stroke*. – 1993. – № 24. – P. 35–41.
2. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение / З.А. Суслина [и др.] // *Consilium Medicum*. – 2001. – № 3. – С. 218–221.
3. Гусев, Е.И., Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М. : Медицина, 2001. – 328 с.